



State of Utah  
Department of Workforce Services  
**SOLICITUD DE ASISTENCIA ALIMENTICIA,  
FINANCIERA,  
MÉDICA Y PARA EL CUIDADO INFANTIL**

**POR FAVOR, ESCRIBA CON UN  
BOLIGRAFO NEGRO PARA  
LLENAR EL FORMULARIO**

# de Caso: \_\_\_\_\_

Acelerada:  Sí  No

**Su Información:**

1. Llene la siguiente información sobre la **persona que solicita asistencia.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Código

Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Código

Correo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Postal: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

(opcional)

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene una tarjeta de Utah Horizon? .....

Sí  No

**Marque los Servicios que Desea Solicitar:**

Asistencia Alimenticia

Asistencia Financiera/en Efectivo

Asistencia para el Cuidado Infantil

Asistencia Médica

Asistencia Médica Retroactiva (los últimos 90 días)

*Si desea solicitar pagos de seguro por desempleo, favor de visitar la página [jobs.utah.gov](http://jobs.utah.gov), o contáctenos al (888) 848-0688.*

**Sus Derechos:**

- **SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD CON GUSTO LE ASISTIREMOS.**
- **USTED TIENE EL DERECHO DE RECIBIR SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN GRATUITOS.**
- Usted puede entregar esta solicitud sólo con su nombre, dirección, y firma, pero para poder determinar su elegibilidad usted tiene que llenar esta solicitud en su totalidad.
- Emitiremos la asistencia de acuerdo a la fecha en la que su solicitud fue recibida. Si recibimos su solicitud fuera de nuestras horas de oficina, la fecha será el día siguiente.
- No es requerido proporcionar su número de seguro social, o el de sus dependientes, para recibir Asistencia para el Cuidado Infantil. Si usted elige no proporcionar esta información, su asistencia no será negada o retrasada, siempre y cuando reúna todos los requisitos de elegibilidad.

**Información sobre Asistencia Alimenticia y Asistencia Médica para Inmigrantes:**

- Usted puede solicitar y recibir Asistencia Alimenticia y Asistencia Médica (Medicaid) para todos los miembros de su familia que califiquen aunque existan en su hogar personas que no reúnen los requisitos debido a su estatus de inmigración. Por ejemplo, padres de familias inmigrantes que no tienen derecho a recibir asistencia pública, pueden solicitar Asistencia Alimenticia para los hijos que son ciudadanos de los Estados Unidos o que tienen un estatus de inmigración aprobado.
- Si alguna persona viviendo en su hogar no solicita y/o no tiene derecho a recibir Asistencia Alimenticia debido a su estatus de inmigración, no necesita proveer información sobre su estatus inmigrante, número de seguro social ni cualquier otro documento. Sin embargo, tendrá que contestar preguntas sobre su nombre, parentesco, ingresos, bienes económicos, etc.
- El participar en el programa de Asistencia Alimenticia no afectará su estatus inmigrante o el de su familia. Toda información sobre la inmigración es privada y confidencial.
- Si usted, o algún miembro de su familia, hace uso del programa de Asistencia Médica, ésto no debe afectar su habilidad de solicitar residencia permanente en los Estados Unidos, a menos que utilice esta asistencia para pagar gastos médicos a largo plazo (una casa de reposo u otras institución médica). El hacer uso del programa de Asistencia Médica no afectará su habilidad de solicitar ciudadanía en los Estados Unidos, a menos que haya cometido fraude para obtener esta asistencia.



**3. Conteste las siguientes preguntas para ayudarnos a determinar si tiene derecho a recibir Asistencia Alimenticia dentro de siete (7) días.**

- ¿Es usted un trabajador de temporada o migratorio? .....  Sí  No
- ¿Cuáles son sus ingresos totales familiares al mes, antes de pagar impuestos? (Incluyendo ingresos no salariales como el sustento de menores, Seguro Social, seguro por desempleo, etc.) .....\$ \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto dinero tiene en efectivo, en su banco y/o cuenta Credit Union? .....\$ \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el costo mensual de los gastos de su vivienda (hipoteca, renta, otros)? ..... \$ \_\_\_\_\_
- Marque con una "X" todos los servicios públicos que usted es responsable por pagar: \_\_\_ Calefacción \_\_\_ Aire Acondicionado \_\_\_ Ventilador Eléctrico \_\_\_ Agua/alcantarilla \_\_\_ Basura \_\_\_ Teléfono.
- ¿Ha solicitado, o recibido, asistencia del programa HEAT en los últimos 12 meses? .....  Sí  No

Los siguientes hogares pueden recibir servicio acelerado:

- Los hogares que tienen ingresos brutos mensuales y recursos disponibles que juntos son menos que el costo de servicios públicos mensuales junto con su renta o hipoteca.
- Algunos hogares con trabajadores temporeros o itinerantes agrícolas.
- Los hogares con ingresos brutos mensuales que son menos de \$150 y recursos disponibles (como dinero, o cuentas de cheque o de ahorro) que son no más de \$100.

Favor de informarnos si usted no está de acuerdo con nuestra determinación en su caso acerca de asistencia alimenticia acelerada, y se programará una reunión con usted dentro de dos (2) días laborales.

**4. Empezando con usted, anote cada persona que vive con usted y que solicita asistencia consigo:**

Nombre	Número de Seguro Social	Edad y Fecha de Nacimiento	¿Ciudadano de los EE.UU.? Sí/ No	Parentesco	¿Estudiante? Sí/ No	Etnicidad *Véase abajo	Raza ** Véase abajo	Sexo	Estado Civil
				Yo mismo					

\*Etnicidad

H = Hispano o Latino  
N = No Hispano o Latino

\*\*Raza

AI = Indio Americano o Nativo de Alaska  
AS = Asiático  
BL = Negro o Afro Americano

PI = Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico  
WH = Blanco

- 5. ¿Es usted y todos que solicitan con usted residentes de Utah?.....  Sí  No
- 6. ¿Tiene usted o alguna persona solicitando con usted un representante autorizado, o alguien que tenga una carta poder para representarle? .....  Sí  No
- 7. ¿Vive usted o alguien solicitando con usted en alguna de las siguientes instituciones?.....  Sí  No  
 Hospital     Albergue     Centro de Rehabilitación por uso de Drogas  
 Casa Hogar     Casa de Reposo     Cárcel – Si su respuesta es sí,  
 ¿Puesto en libertad condicional para trabajar? .....  Sí  No
- 8. ¿Es usted o alguien solicitando con usted un fugitivo de la ley?.....  Sí  No

**Sólo para la Oficina**

\_\_\_\_ Within 90 days for retro medical

**Sólo para la Oficina**

9. ¿Usted o alguien solicitando con usted ha solicitado/recibido Asistencia Alimenticia, Financiera o Médica? .....  Sí  No

Nombre:	Tipo de Asistencia:	¿Dónde?	¿Cuándo?

10. ¿Han sido recientemente descalificado usted o alguien solicitando con usted del Programa de Asistencia Alimenticia por alguna violación del programa? .....  Sí  No

11. ¿Hay otras personas que vivan con usted y que no soliciten asistencia pública? Si su respuesta es sí, anote su(s) nombre(s) y el parentesco con usted:

Nombre:

Parentesco con usted:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

12. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? \_\_\_\_\_

13. ¿Está embarazada usted o alguien solicitando con usted? .....  Sí  No  
Si su respuesta es sí, anote su(s) nombre(s): \_\_\_\_\_ y la fecha aproximada del parto: \_\_\_\_\_

14. ¿Es usted o alguien solicitando con usted incapaz de trabajar? .....  Sí  No  
Si su respuesta es sí, ¿Quién? \_\_\_\_\_

15. No se requiere contestar esta pregunta si solicita Asistencia Alimenticia, ¿Usted o alguien solicitando con usted es un excombatiente? .....  Sí  No

**Bienes Personales:**

16. ¿Posee usted o alguien solicitando con usted alguno de los siguientes bienes financieros?

- |                          |   |                          |                            |
|--------------------------|---|--------------------------|----------------------------|
| \$ _____                 | Cuenta Bancaria de Cheques                          | <input type="checkbox"/> | Certificados a Largo Plazo |
| \$ _____                 | Cuenta Bancaria de Ahorros o cuenta de Credit Union | <input type="checkbox"/> | 401-K                      |
| <input type="checkbox"/> | Cuenta de Pensión por Jubilación (IRA)              | <input type="checkbox"/> | Fondos de Inversión        |
| <input type="checkbox"/> | Acciones  | <input type="checkbox"/> | Fondos Fiduciarios         |
| <input type="checkbox"/> | Bonos   | <input type="checkbox"/> | Otro(s) _____              |
| <input type="checkbox"/> | Ninguno   |                          |                            |

17. Anote todos los vehículos de que usted o alguien solicitando con usted es dueño. Algunos ejemplos son automóviles, camionetas, barcos o otro tipo de nave acuática, motocicletas, motos para nieve, casas móviles, vehículos todo terreno, etc.:

Dueño(s) Registrado	Tipo de Vehículo	Marca	Año	¿Registrado? Sí/ No	Estado	Cantidad Adeudada
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_ Alien #  
\_\_\_\_\_ Roomer  
\_\_\_\_\_ Boarder  
\_\_\_\_\_ Purchase & prepare  
\_\_\_\_\_ Strike

\_\_\_\_\_ Within 90 days for retro medical  
\_\_\_\_\_ If pregnant and applying for medical, ask about tobacco use  
\_\_\_\_\_ Disabled Status  
\_\_\_\_\_ Duration  
\_\_\_\_\_ Cancer Program

\_\_\_\_\_ Complete tobacco survey if needed

Asset Details

\_\_\_\_\_ Sold, traded or given away any resources in last 30 days.

\_\_\_\_\_ Vehicle use

**Sólo para la Oficina**

18. ¿Posee usted o alguien solicitando con usted alguno de los siguientes bienes?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Casa                               | <input type="checkbox"/> Tierras                  |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Vida                     | <input type="checkbox"/> Derechos Minerales       |
| <input type="checkbox"/> Plan Funeral/ Fondos Fúnebres      | <input type="checkbox"/> Lotes Fúnebres           |
| <input type="checkbox"/> Autocaravanas                      | <input type="checkbox"/> Casa Remolque/ Remolques |
| <input type="checkbox"/> Propiedades de Tiempos Compartidos | <input type="checkbox"/> Ganado                   |
| <input type="checkbox"/> Herramientas                       | <input type="checkbox"/> Otros _____              |
| <input type="checkbox"/> Propiedades de Renta               | <input type="checkbox"/> Ninguno                  |

19. ¿Posee usted o alguien solicitando con usted alguno de los siguientes ingresos no salariales?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pagos del Seguro Social          | <input type="checkbox"/> Pagos por Jubilación              |
| <input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social (SSI) | <input type="checkbox"/> Compensación Laboral              |
| <input type="checkbox"/> Pagos Por Desempleo (UI)         | <input type="checkbox"/> Asistencia a Veteranos Militares  |
| <input type="checkbox"/> Sustento de Menores              | <input type="checkbox"/> Pensión por Divorcio o Separación |
| <input type="checkbox"/> Pagos de Suma Total              | <input type="checkbox"/> Herencias                         |
| <input type="checkbox"/> Liquidaciones                    | <input type="checkbox"/> Otros _____                       |
| <input type="checkbox"/> Ayuda Financiera Escolar         | <input type="checkbox"/> Ninguno                           |

Income Details

\_\_\_\_ Cash contribution  
 \_\_\_\_ Ever received or stopped receiving SSI  
 \_\_\_\_ Applied for unearned income

20. ¿Han recibido usted o alguien solicitando con usted ingresos salariales?.....  Sí  No  
 Si su respuesta es sí, proporcione la información que se le pide a continuación:

Income Details

Nombre de la Persona Empleada _____	Sueldo por Hora \$ _____
Nombre del Empleador _____	Número de horas que trabaja por semana _____
Dueño de su Propio Negocio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sueldo por Mes \$ _____
Nombre de la Persona Empleada _____	Sueldo por Hora \$ _____
Nombre del Empleador _____	Número de horas que trabaja por semana _____
Dueño de su Propio Negocio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sueldo por Mes \$ _____

\_\_\_\_ Last worked/ paid  
 \_\_\_\_ Pay frequency  
 \_\_\_\_ Work schedule  
 \_\_\_\_ Changes in hours worked or earnings expected  
 \_\_\_\_ Leave job or reduce hours in last 30 days.  
 \_\_\_\_ Overlapping hours for 2-parent CC household

21. ¿Tiene usted o alguien solicitando con usted algunos de los siguientes gastos? (Estos gastos tienen que ser verificados para contar como deducciones).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sustento de Menores               | <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil                                 |
| <input type="checkbox"/> Pensión por Divorcio o Separación | <input type="checkbox"/> Gastos Médicos                                   |
| <input type="checkbox"/> Seguro de salud                   | <input type="checkbox"/> Ninguno  |
| Total de Gastos \$ _____ mensuales                         | <input type="checkbox"/> Gasto para que una persona discapacitada trabaje |

22. Anote todos los gastos del hogar que se apliquen a usted y/o a alguien que solicita con usted:

Renta \$ _____	Hipoteca \$ _____	Segunda Hipoteca \$ _____	Espacio del Lote \$ _____
Impuestos (Cantidad Anual) \$ _____	Seguro (Cantidad Anual) \$ _____	Otros \$ _____	
¿Vivienda Subsidiada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

\_\_\_\_ Receive help paying rent or other expenses  
 \_\_\_\_ How much  
 \_\_\_\_ From whom  
 \_\_\_\_ How meeting expenses  
 \_\_\_\_ Homeless

23. ¿Tiene gastos de calefacción o refrigeración que son separados de su renta y/o hipoteca?  Sí  No

24. Si usted o cualquier persona en su hogar tiene 60 años o más, por favor marque las casillas más abajo si tiene cualquier de los siguientes gastos médicos:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Recetas Médicas   | <input type="checkbox"/> Primas de Seguro de Salud                                 |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos/Artículos Médicos Sin Receta                   | <input type="checkbox"/> Gastos de Viaje al Doctor/Hospital (millas y alojamiento) |
| <input type="checkbox"/> Gastos Dentales   | <input type="checkbox"/> Anteojos o Audífonos                                      |
| <input type="checkbox"/> Gastos Médicos para Visitas al Doctor/Facturas del Hospital | <input type="checkbox"/> Animales de Servicio                                      |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____   | <input type="checkbox"/> Ninguno   |

25. Llene la siguiente sección si solicita Asistencia Médica.

\_\_\_\_\_How much

Marque la casilla apropiada	Información de Seguro:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene actualmente alguien en su hogar seguro médico (se incluye asistencia del Sistema de Cuidado Médico para Veteranos)? o: -¿Tiene alguien seguro médico disponible el cual no ha obtenido? -¿Ha tenido alguien seguro médico que terminó en los últimos 6 meses? Si marca sí, favor de llenar la próxima sección. (No incluya Medicaid, Medicare, CHIP, o PCN.)
<input type="checkbox"/> Inscrito <input type="checkbox"/> No inscrito, pero está disponible <input type="checkbox"/> Terminado Fecha que terminó _____	Nombre de la compañía de Seguros: _____ # de Teléfono: _____ Dirección de la compañía de Seguros: _____ # de Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ # de Póliza: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Numero de Seguro Social del asegurado: _____ Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono: _____ Prima: \$ _____ Fecha de pago: _____ ¿Cada cuando paga su prima? _____ Nombre de los individuos incluidos (Si no están en la tarjeta de seguro): _____
<input type="checkbox"/> Inscrito <input type="checkbox"/> No inscrito, pero está disponible <input type="checkbox"/> Terminado Fecha que terminó _____	Nombre de la compañía de Seguros: _____ # de Teléfono: _____ Dirección de la compañía de Seguros: _____ # de Grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ # de Póliza: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Numero de Seguro Social del asegurado: _____ Si su seguro es por medio de su empleo, dé el nombre y teléfono: _____ Prima: \$ _____ Fecha de pago: _____ ¿Cada cuando paga su prima? _____ Nombre de los individuos incluidos (Si no están en la tarjeta de seguro): _____

**Información Sobre Gran Necesidad Médica:**

¿Tiene alguien en su hogar una gran necesidad médica?\*  Sí  No Si marca si, ¿Quién? \_\_\_\_\_  
 \*Estar embarazada es una gran necesidad médica

Marque el tipo de incidente	Accidente, Asalto, u Otra Obligación: Si alguien en su hogar ha sido herido en un accidente, asalto, o si otra persona fuera de su hogar está obligada a pagar los gastos médicos, llene esta sección.
<input type="checkbox"/> automovilístico <input type="checkbox"/> mordida de perro <input type="checkbox"/> asalto <input type="checkbox"/> caída <input type="checkbox"/> de trabajo <input type="checkbox"/> otro* <input type="checkbox"/> tratamiento erróneo	Nombre de la persona: _____ ¿Quién es responsable? _____ Fecha del Incidente: _____ Departamento de policía: _____ # de reporte de la policía: _____ Nombre del abogado: _____ # de teléfono: _____ *Explique otro: _____

Yo (escriba su nombre entero con letra de molde) \_\_\_\_\_, leí o alguien me leyó la información que se encuentra en las siguientes cuatro páginas tituladas Derechos y Responsabilidades. Declaro que entiendo dicha información. Declaro, con el uso total de mis facultades mentales, que la información y/o las respuestas que he dado en esta solicitud son correctas y completas. También, declaro que la información que he dado sobre el estatus legal de mi ciudadanía en este país es correcta. Entiendo que puedo ser penalizado por la ley si cometo perjurio e intencionalmente anoto información falsa en esta solicitud, o no informo de cambios en mi hogar.

**Tanto su número de Seguro Social como toda otra información que usted anota en esta solicitud será verificada por agencias federales, estatales y locales. Al firmar esta solicitud usted da autorización para facilitar información confidencial y llevar a cabo verificaciones por medio de sistemas computacionales, revisiones de programas, y auditorias con el Departamento de Ciudadanía y Servicios de Inmigración (antiguamente llamado INS) y con otras agencias federales y estatales. Su número de Seguro Social podría ser compartido con otras agencias federales y estatales para reexaminación oficial, y con oficiales de la ley con el fin de detener a fugitivos de la ley. Esto también incluye investigaciones a cualquier otra organización o con individuos que podrían tener información acerca de la elegibilidad de usted y otros miembros de su hogar.**

---

Firma, o Marca del Cliente

Fecha

---

Firma del Representante Autorizado

Fecha de Nacimiento del Representante Autorizado (únicamente para Asistencia Alimenticia)

La siguiente autorización para dar información médica es opcional y el no firmar no afectará su asistencia médica. Yo autorizo a DWS para usar cualquier información obtenida específicamente para la elegibilidad de asistencia médica, incluyendo información médica proveída por una tercera parte para asistir con me plan de empleo. Esta autorización entra en vigor por el período en que yo reciba servicios de consejo de empleo de DWS.

---

Firma

Fecha

- Favor de devolver su solicitud al Centro de Empleo más cercano a usted, o a Imaging Operations  
P.O. Box 143245  
Salt Lake City, UT 84114-3245  
Fax: 801-526-9505 o Teléfono gratuito: 1-888-522-9505
- Inscripción en el registro electoral: Si usted no se ha inscrito para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar para inscribirse para votar aquí hoy?.....Sí No  
(Si no contesta esta pregunta y deja la respuesta en blanco, asumiremos que en esta ocasión usted decidió no inscribirse para votar).
- Si desea recibir ayuda al llenar el formulario de inscripción para votar, podemos ayudarle. La decisión de buscar o aceptar ayuda es de usted. Usted puede llenar el formulario de inscripción en privado. El inscribirse o no inscribirse para votar no afectará la cantidad de asistencia pública que recibirá.
- Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de inscribirse o no inscribirse para votar, su derecho a la privacidad en el proceso de decidir si debe inscribirse o solicitar inscribirse para votar, o su derecho a escoger su partido político o preferencia política, usted puede levantar una queja con: Lt. Governor, State of Utah, 203 State Capitol Building, Salt Lake City, UT, 84114.

**Department of Workforce Services**  
**Asistencia Financiera, Médica, Y Alimenticia**  
**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

**SUS DERECHOS**

- Usted tiene el derecho de recibir un trato cortés, digno y respetuoso.
- Usted tiene el derecho de un intérprete.
- De acuerdo con la ley federal, el Department of Agriculture of the United States (USDA) y el Department of Helate and Human Services (DHHS), se nos prohíbe la discriminación basada en la raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad.
  - Bajo el Acta de Asistencia Alimenticia y la póliza de USDA, la discriminación basada en religión y creencias políticas también es prohibida.
  - Para presentar un reclamo sobre discriminación, comuníquese con USDA o HHS. Escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). Escriba al HSS, Director, Office for Civil Rights, 506-F, 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201, o llame al número (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TDD). USDA y HHS son proveedores y compañías no discriminatorias.
- El Título VI del Acto de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitar información racial y étnica, pero usted no tiene la obligación de proveer dicha información. Si usted decide no proporcionar esta información, esto no afectará su caso. Si usted no nos proporciona esta información, el trabajador contestará la pregunta.
- Usted tiene el derecho de solicitar y re-solicitar asistencia pública cuando quiera para programas que ofrece el Department of Workforce Services (DWS). Las solicitudes para recibir CHIP, el programa de la Red de Cuidado Primario (Primary Care Network Program), y el programa de UPP sólo serán aceptadas durante los periodos de inscripción abierta.
- Usted tiene el derecho de saber si su solicitud fue aprobada o denegada, y también la razón por la decisión.
  - Para Asistencia Alimenticia - su asistencia debe ser otorgada a todas las personas que califiquen en su hogar dentro de los primeros 30 días de haber entregado su solicitud.
  - Para Medicaid, Asistencia Financiera y del Cuidado Infantil, la decisión se tomará dentro de los primeros 30 días. Si su petición para Medicaid es por minusvalía, puede tomar hasta 90 días.
  - Para PCN/UPP/CHIP, se tomará una decisión dentro de 30 días.
- Usted tiene el derecho de saber si su asistencia es reducida o cancelada. En el caso de Asistencia Alimenticia, existe una excepción importante a esta norma. Si solicita Asistencia Financiera y Alimenticia, no recibirá un aviso si se baja su cantidad de Asistencia Alimenticia si está aprobada para Asistencia Financiera.
- Si está en una institución y solicita Asistencia Alimenticia y SSI al mismo tiempo, la fecha de presentación de su solicitud será la fecha cuando usted salga de la institución.
- Usted tiene las siguientes opciones si no está de acuerdo con las decisiones tomadas en su caso:
  - Hablar con su trabajador para asegurarse que no existen malos entendidos entre ustedes.
  - Hablar con el supervisor de su trabajador.
  - Comunicarse con la sección Atención al Cliente de DWS al 801-526-4390 o 800-331-4341.
  - Solicitar por escrito o oralmente una Audiencia dirigida por un oficial imparcial. Para asistencia Médica tiene que solicitar una audiencia por escrito.
  - Servicios gratuitos de asesoría legal están disponibles por la agencia de Servicios Legales de Utah. Si está en Ogden, llame al 801-394-9431, en Salt Lake City al 801-328-8891, o gratuito al 1-800-662-2538. Puede obtener referencias para servicios de asesoría legal de Salt Lake Lawyer Referral, al 801-531-9075.
- Usted tiene el derecho de conservar su privacidad en su hogar. DWS no puede entrar a su hogar sin su consentimiento, o hacer uso de fuerza para entrar a su hogar. DWS no puede visitarle en su hogar después de horas de trabajo sin antes programar una cita.
- El Department of Workforce Services, o alguien por su parte, tal vez se comunique con usted para preguntarle de la eficacia de los servicios recibidos.
- Usted tiene el derecho del acceso a la información en el archivo de su caso.
- Usted tiene el derecho de recibir información sobre cómo inscribirse para votar, y si lo requiere, puede solicitar ayuda para llenar los formularios para el registro de elector.
- La información que proporciona en su solicitud tal vez sea compartida con oficiales de la ley, con el fin de detener a fugitivos de la ley.

## SUS RESPONSABILIDADES

- Usted debe informarnos de todos los cambios que afecten su elegibilidad para programas de asistencia pública. Una vez que su solicitud sea aprobada, su trabajador le proporcionará información específica sobre los cambios de que debe informarnos.
- Usted necesita proporcionar el número de Seguro Social de todas las personas en su hogar que solicitan asistencia pública, excepto para el programa de asistencia para el cuidado infantil, CHIP, y asistencia de emergencia de Medicaid. Si usted no tiene un número de Seguro Social, necesita proporcionar un comprobante que verifique que está en el proceso de solicitarlo. Usted puede recibir asistencia pública mientras espera su nuevo Número de Seguro Social.
- Usted tiene que cooperar con cualquier revisión de su caso dirigida por la unidad de Control de Calidad y/o DWS.
- Usted necesita tener una entrevista y proporcionar la información necesaria para comprobar que tiene derecho a recibir asistencia pública. Si no comprende los requisitos, o no puede proporcionar lo necesario, por favor comuníquese con su trabajador(a) social.
- Si usted es aprobado para recibir Asistencia Financiera, tendrá que ceder a la Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) todo el sustento de menores, asistencia médica, o pensión por divorcio o separación que usted hubiese recibido para su familia durante el tiempo que reciba esta asistencia. El sustento de menores y los pagos de pensión por divorcio o separación serán utilizados para compensar el costo de proveer asistencia financiera a su familia.
- Si usted recibe asistencia médica, tiene que informar a DWS si cuenta con seguro médico. Es posible que sea necesario que se inscriba en un plan de salud médica.
- Los padres de familia tienen la responsabilidad de sostener a sus hijos menores de edad hasta que éstos logren su emancipación al cumplir 18 años, al casarse, o por mandato de orden judicial. Es requerido que los padres de familia que reciben asistencia financiera o médica cumplan con los ordenes y cobro del sustento de menores y la recaudación financiera médica, a menos que usted pueda proporcionar causa justificada por no cooperar.
- Si el Department of Health of Utah (UDOH) paga su atención médica, usted asigna a éste sus derechos a pagos de una tercera parte y de asistencia para servicios médicos. Usted acepta entregar a UDOH cualquier dinero que reciba de una póliza de seguros, o de alguien con la responsabilidad de pagar sus cuentas médicas. Usted autoriza pagos directamente a UDOH o a la Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) y considera libre de culpa a cualquiera parte que realice pagos directamente a ellos. Usted acepta cooperar con el State of Utah al perseguir cualquier tercera parte que es responsable por gastos médicos.
- Usted autoriza a cualquier persona u organización a proporcionar registros médicos o información sobre su salud o la salud de sus dependientes al UDOH, División Financiera del Cuidado de Salud, o quien sea designado. El UDOH y el Department of Workforce Services puede proporcionar a los proveedores de salud la información sobre su derecho a recibir a asistencia médica.
- Si recibe Asistencia Médica en cualquier momento mientras tenga 55 años o más, el Estado tiene la autoridad de cobrar de sus bienes todo el dinero gastado para cubrir sus cuentas médicas.
- Usted está de acuerdo en que la asistencia que reciba bajo cualquier programa médico se limitará de acuerdo a lo descrito en el Manual de Proveedores escrito por el Department of Health. Entiende que la asistencia por la que tiene derecho a recibir puede cambiar sin su conocimiento o consentimiento. También, está de acuerdo de ser responsable por cualquier pago compartido (co-pay) a proveedores al momento de recibir el servicio, a menos que esté libre de esos pagos compartidos.
- Todos los niños inscritos en el programa de Medicaid también serán inscritos automáticamente al Sistema de Información y Vacunación del Estado de Utah (USIIS). Si no desea que su niño(a) sea agregado(a) a este sistema, llame a la Línea de Información USIIS al número 801-538-6872, o a la línea de acceso directo del Sistema de Vacunación al 1-800-275-0659.
- Si usted recibe asistencia pública sin tener derecho a recibirla, tiene que re-pagar la cantidad total.
- Si usted selecciona un proveedor de cuidado infantil que no necesita licencia, el estado de Utah no regulará ni monitoreará el cuidado infantil. Le podemos dar más información acerca de cómo escoger un buen proveedor de cuidado infantil.

## VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

- Todas las personas solicitando asistencia pública deben saber que tanto su Número de Seguro Social como cualquier otra información que proporcionen estará sujeta a una verificación por el sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingresos del Estado. DWS utilizará el método de concordancia electrónica para asegurar que su hogar cumpla con los requisitos de elegibilidad necesarios para recibir asistencia alimenticia y otros programas de asistencia pública federal. DWS, el Departamento de Seguridad Nacional, la Administración de Seguridad Social (SSA) y la agencia de Servicios de Ingresos Internos (IRS) llevarán a cabo verificaciones computarizadas, evaluaciones de programas, y auditorías. También, llevarán a cabo investigaciones a instituciones bancarias y de prestamos, y a otras organizaciones y personas que puedan contar con información sobre su elegibilidad y la de otras personas en su hogar.
- La concordancia electrónica se llevará a cabo cuando entregue su solicitud y después de empezar a recibir asistencia. Su asistencia alimenticia, financiera, médica, y para el cuidado infantil puede ser reducida, no aprobada, o cancelada de acuerdo con la información obtenida.

## INFORMACIÓN QUE DEBE SABER

- No contamos todos sus ingresos. Sus ingresos NO son deducidos dólar por dólar de su asistencia. Cada programa cuenta con maneras diferentes de calcular los ingresos. Para obtener información detallada sobre el proceso de elegibilidad para cada programa, comuníquese con un Asesor de Empleo.
- Cuándo sus ingresos aumenten lo suficiente y ya no califique para recibir asistencia financiera, usted podrá continuar recibiendo asistencia médica, alimenticia, y para el cuidado infantil si reúne ciertos requisitos. Para más información, hable con su Asesor de Empleo.
- La Asistencia para el Cuidado Infantil intenta ayudar a cubrir los gastos de cuidado infantil. Es posible que esta asistencia no cubra el costo total del cuidado. Si no usa esta asistencia para cubrir los gastos por el cuidado infantil, tendrá que devolver el dinero a DWS. De acuerdo al tipo de proveedor que escoja, recibirá un cheque de dos firmas o una transferencia de fondos al nombre de su proveedor por su cuenta Utah Horizon.
- Es posible que reciba pagos por medio de su tarjeta Utah Horizon. Esta tarjeta está protegida por un número de identificación personal (PIN). Si usted da su tarjeta y PIN a alguien, usted será totalmente responsable por cualquier retiro de su cuenta. Si pierde o le roba su tarjeta, repórtelo a DWS inmediatamente. Usted será responsable por cualquier retiro de su cuenta mientras que no reporte su tarjeta perdida o robada a DWS.

## OBEDEZCA LAS REGLAS DE LOS PROGRAMAS

- Todos los miembros de su hogar tienen que obedecer las reglas y proporcionar información correcta y completa. No comparta su asistencia alimenticia con otras personas que no tengan el derecho a usarla, y no compre artículos inelegibles. No utilice la asistencia alimenticia de otras personas, a menos que usted sea el representante autorizado.
- Si desobedece cualquier de estas reglas, tal vez no más tenga derecho a recibir asistencia alimenticia, financiera, y para el cuidado infantil.
  - La primera vez que viole las reglas, tal vez no reciba asistencia durante 12 meses.
  - La segunda vez, tal vez no tenga derecho a recibir asistencia por 24 meses.
  - La tercera vez, tal vez no tenga derecho a recibir asistencia permanentemente del programa asistencia alimenticia, financiera, y para el cuidado infantil. También, puede ser procesado bajo otras leyes.
  - Tal vez haya una multa de hasta \$250,000, o pueda ir a la cárcel hasta 20 años.
- El proporcionar información falsa intencionalmente o la participación fraudulenta en cualquier programa resultará en una acción criminal o civil, y/o demandas administrativas.
- Si utiliza asistencia alimenticia para comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o medicinas que requieren receta médica) será descalificado del programa de Asistencia Alimenticia durante 24 meses la primera vez, y permanentemente la segunda vez.
- Si utiliza asistencia alimenticia para comprar y vender armas de fuego, municiones o explosivos, usted no tendrá derecho al programa de Asistencia Alimenticia permanentemente.
- Usted no tendrá derecho al programa de Asistencia Alimenticia permanentemente si usted es condenado por traficar asistencia alimenticia en la cantidad de \$500.00 dólares o más.
- Si usted venda la comida que compró con su Asistencia Alimenticia, usted no tendrá derecho al programa de Asistencia Alimenticia durante 12 meses por la primera infracción, y 24 meses por la segunda infracción, y permanentemente por otra infracción.
- Usted no tendrá derecho a recibir Asistencia Alimenticia, Financiera, y para el Cuidado Infantil por 10 años para la primera y segunda infracción si hace declaraciones falsas sobre su identidad y domicilio con la intención de recibir múltiples casos de asistencia pública. Por la tercera infracción, no tendrá derecho a recibirla permanentemente.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE SU TARJETA MÉDICA

- Usted recibirá una tarjeta médica mensualmente. Esta tarjeta demuestra que tiene derecho a atención médica.
  - Guarde su tarjeta en un lugar seguro.
  - Asegúrese de siempre llevar consigo su tarjeta médica antes de recibir servicios médicos.
  - Si pierde su tarjeta médica, repórtelo a su oficina local de DWS y se le enviará otra por correo.
  - Utilice la tarjeta médica sólo para la persona para quien fue expedida. No permita que nadie más la utilice.
  - Cuando reciba atención médica pregunte si los gastos serán cubiertos por Medicaid. Si la respuesta es no, usted será responsable de cubrir los gastos.
- Usted debe recibir medicinas genéricas, en vez de medicina de marca.
  - Medicaid no pagará el precio de medicinas de marca, a menos que el doctor las recete y anote la aclaración que no pueden ser substituidas (Do Not Substitute). El doctor tendrá que explicar por qué la medicina genérica no es aceptable.

- El programa Medicaid es “la última alternativa para cubrir sus gastos médicos.” Esto quiere decir que cualquier otro método de pago a su disposición debe ser utilizado antes de Medicaid. Medicaid no cubrirá sus gastos médicos sino hasta agotar otros recursos como Medicare, seguro médico privado, seguros automovilísticos o contra accidentes. Si alguna persona es responsable de pagar por su cuidado médico, como su cónyuge, padres de familia, o la persona que causó el accidente, esa persona será responsable por pagar primero.
- El programa Medicaid enviará los pagos directamente a los doctores o proveedores médicos. Si los servicios médicos recibidos son cubiertos por el programa Medicaid, los proveedores médicos no deberán mandarle cuentas médicas directamente a usted, a menos que use el gasto médico como desembolso (spenddown).
- Doctores y proveedores médicos podrán compartir información sobre su salud con DWS. DWS podrá proporcionar información sobre su estatus de elegibilidad médica a proveedores de servicio de salud. Cuando firmó el formulario de solicitud, usted acordó aceptar el intercambio de información.
- El Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) puede proporcionar exámenes médicos para sus hijos. Para mayor información sobre el programa CHIP, favor de hablar con el Representante de su Programa de Salud.
- Todas las personas que solicitan asistencia para niños dependientes recibirán información acerca del Programa de Evaluación y Cuidado de Salud de Niños (CHEC).
- Pagos Compartidos – un pago compartido (co-pay) es un honorario que le cobrará un recipiente de Medicaid para algunos servicios de Medicaid. Los recipientes tienen que pagarlo directamente al proveedor de Medicaid al momento del servicio. Las siguientes personas no tienen que pagar los pagos compartidos
  - - Niños menores de 18 años
  - - Mujeres embarazadas (verificada con su trabajador)
  - - Residentes de una casa de reposo o una institución médica
  - - Individuos con ingresos brutos en su hogar menos que el nivel de pagos FEP, según el tamaño de su hogar (los pagos del FEP cuentan como ingresos.)
- Si la Oficina de Discapacidad Médica (Medical Disability Office) decide que usted está discapacitado, y después la oficina de Seguro Social determina lo contrario, su caso debe ser cerrado. Puede ser re-abierto si usted solicita una petición. Si padece de una nueva condición médica que no haya sido considerada originalmente, usted puede solicitar que la Oficina de Discapacidad Médica reevalúe su situación.
- Si usted debe un desembolso u otro pago para recibir asistencia médica, tiene que pagar esta cantidad a DWS para ser elegible. DWS no puede aceptar pagos de un proveedor de Medicaid para pagar el desembolso o pago que usted debe. DWS aceptará pagos si el proveedor es su representante de beneficiario y se hace el pago con sus fondos.
- Si hace un desembolso y sus gastos médicos son menos que su desembolso, solicite un reembolso. El reembolso puede tomar hasta un año. Si usted debe alguna cantidad de dinero, DWS deducirá esa cantidad de su reembolso.
- Usted podría utilizar facturas médicas para cumplir con sus obligaciones del desembolso. Si usted está inscrito en un plan médico de Medicaid, no podrá utilizar recibos para servicios médicos usados en el mismo mes que su tarjeta médica de Medicaid.
- Si ha pagado por, o tiene la habilidad de pagar cualquier de lo siguiente, informe a su Asesor de Empleos. Es posible que califique para recibir ciertas deducciones que disminuirán la cantidad de su desembolso:
  - Primas de seguro de salud.
  - Facturas de gastos médicos necesarios para un miembro de la familia que no recibe asistencia médica por medio de Medicaid.
  - Facturas de gastos médicos necesarios que no pueden ser pagados por su compañía privada de seguro médico o Medicaid.
  - Aceptaremos facturas médicas o recetas no pagadas. Si éstas han sido pagadas, es posible que sean aceptadas dependiendo de la fecha en la que fueron pagadas.
- Información sobre usted y su caso es confidencial. DWS tiene reglas específicas sobre el tipo de información que puede ser compartida, y con quién se puede compartir. Por ejemplo, es posible que compartamos información sobre usted con otras agencias si éstas necesitan la información para administrar un programa de asistencia pública para ayudarle. De lo contrario, el violar este acuerdo constituye un delito menor Clase B, que tiene como pena una multa de por lo menos \$100 dólares, pero no más de \$1,000 dólares.

### **Programa/Empleador No Discriminatorio**

Servicios y ayuda auxiliar están disponibles para personas discapacitadas, al llamar a (801) 526-9240. Personas con impedimentos en el habla y/o sordera pueden marcar el número 711 (Utah relay). Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.